N° 246.

DE L'ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR N.-D. BONNET, d'Ayron,

Département de la Vienne;

Interne des hôpitaux de Paris; Élève de l'École pratique; Membre de la Société anatomique.

Periculosum est credere et non credere.
PHÆD.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur*. DUBOIS. DUPUYTREN, *Président*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur*.
Cloquet.	Rochoux, *Examinateur*.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Suppléant*.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Je vous dois tout ; mon premier travail vous appartient.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYER,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; Membre de l'Académie de Médecine.

SON ÉLÈVE RECONNAISSANT,

N.-D. BONNET.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

DE

L'ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN

DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE.

Je comprends sous le nom d'*étranglement interne* tous les obstacles mécaniques situés au-dedans du ventre, et dont la cause, agissant sur le canal intestinal, intercepte le cours des matières stercorales, suspend, comme dans les étranglemens externes, l'excrétion des substances contenues dans le canal.

§ Ier.

Observations.

Après avoir réuni les faits nombreux publiés depuis un grand nombre d'années sur ce sujet, et les avoir soumis à l'analyse, je me suis aperçu bien vite que beaucoup d'entr'eux ne devaient être admis qu'avec réserve. J'en ai rejeté un grand nombre qui ne m'ont pas paru mériter assez de confiance, parce que, rapportés avec trop de brièveté, ils manquent de beaucoup trop d'élémens pour faire même soupçonner de quelle maladie on lisait l'histoire, si le titre n'en eût averti d'avance. Dans plusieurs, les principaux symptômes ne sont point notés, les vomissemens, par exemple, et presque jamais leur nature y est-elle indiquée. Le plus souvent, c'est l'autopsie qui est venue re-

lever la nature du mal auquel le malade avait succombé, et en la rapportant, on garde le silence sur les altérations qui existaient soit dans le péritoine, soit dans l'intestin; en indiquant l'étranglement, sa cause, on oublie sa position, et le degré de constriction qu'elle exerce. Les cas que je cite, et que j'ai lus, m'ont paru réunir assez de conditions pour mériter créance. Ce sont eux qui m'ont fourni les résultats pathologiques que je vais présenter. Je commence par en rapporter deux observations que j'ai recueillies à l'hôpital Saint-Antoine.

Ire. OBSERVATION.

Un jeune homme fort, vigoureux, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 20 octobre 1829, éprouvant depuis quelques jours des coliques, avec un peu de tension du ventre, n'allant pas à la selle depuis six jours.

Le 21, dans la nuit, il a vomi deux fois sans aller à la selle; le ventre est un peu tendu et douloureux; la chaleur de la peau à peu près naturelle; le pouls fréquent, régulier. (Eau de lin, lavemens émolliens, bain, trente sangsues sur le ventre, cataplasme.)

22 Le lendemain, insomnie, un vomissement bilieux, constipation, douleur vive dans le ventre, tendu, ballonné à gauche; le toucher excite les cris; peau chaude, pouls plein, fréquent, régulier; la face exprime la douleur. (Saignée, trois palettes; soixante sangsues, bain de siége, lavement émollient.)

Dans le jour, le malade ne se trouve pas mieux, le sang est couenneux; ni selles, ni vomissemens; le ventre est extrêmement douloureux; le flanc droit est déprimé; le gauche est saillant, ballonné et allongé; chaque position est douloureuse, cependant il préfère celle couchée sur le flanc droit et un peu courbée en avant; face grippée; peau sèche; pouls fréquent, régulier, non intermittent; les émissions sanguines, le soulagent momentanément. (Saignée, trois pa-
23 lettes, le soir.) Le lendemain, il y a quelques rémissions dans les symptômes, mais la constipation persiste, les vomissemens de matières fécales surviennent; les douleurs lui font pousser des cris cha-

que fois qu'il veut se remuer; le pouls est petit, misérable. Le soir, la face est altérée, et il succombe dans la nuit. Tout le ventre est ballonné, les douleurs sont de plus en plus vives.

Autopsie, trente heures après la mort. Les intestins sont ballonnés, recouverts dans leur intervalle d'une légère exsudation jaunâtre qui s'enlève facilement; le foie tient au diaphragme par d'anciennes adhérences; l'estomac est déprimé. Dans le flanc gauche existe une cavité dilatée par des gaz; dans le flanc droit, une dépression occupée par quelques anses d'intestin grêle; point de liquide. En cherchant à me reconnaître, je vis d'abord que le grand épiploon ne recouvrait plus les intestins grêles, que le cœcum, le colon descendant n'étaient plus à leur place. En éloignant les anses intestinales, je vis que du bord droit du foie partait une bride arrondie de deux lignes de diamètre, un peu aplatie à son origine, qui passait sur le milieu des intestins grêles et venait se rendre en travers vers le milieu du flanc gauche. Dans la moitié de sa longueur, une autre, plus courte, venait s'y unir, partant de la fosse iliaque droite. Dans l'hypochondre gauche, je vis la bride se perdre sous la tumeur énorme que j'y ai déjà notée, et faire un double tour autour d'elle sans lui adhérer ni à elle-même, puis la bride s'élargissait et se fixait au mésentère près de là. Je ne pus réduire la tumeur du double cercle qui la serrait, ce que je fis sans peine après l'avoir percée et avoir donné issue aux gaz et aux liquides qu'elle renfermait. Alors je reconnus le cœcum et le colon ascendant déplacés; le cercle passait sur l'iléon à deux pouces de l'appendice, qui était dans l'anse et sur le colon ascendant vers sa terminaison. Après les avoir réduit, la bride se trouva libre et plus longue que l'étendue transverse du ventre; elle était rouge violette, sans adhérence; elle passait au-dessus de l'intestin grêle, qu'elle croisait sans l'étrangler. Si on tirait sur elle, on augmentait la constriction, qui diminuait au contraire quand on rapprochait les deux extrémités. Voilà pourquoi le malade se tenait couché sur le côté. La portion étranglée était rouge, ecchymosée dans plusieurs points, livide et plus noire dans d'autres, quoique non gangrénée.

Après la section, l'intestin colon a repris son volume. Tout passage aux matières n'était pas entièrement fermé; l'épiploon a manqué dans plusieurs points; les autres organes étaient sains.

IIe. OBSERVATION.

Une jeune fille entra, le 28 février 1830, à Saint-Antoine, souffrant depuis quinze jours dans le ventre; elle vomissait parfois. A son arrivée le pouls était serré, fréquent, régulier; la face exprimait la souffrance. Elle avait la diarrhée, souffrait à l'ombilic et la fosse iliaque droite; elle est tuberculeuse. (Trente-cinq sangsues, lavemens émolliens, diète.)

Jusqu'au 3 mars elle s'est trouvée mieux; mais dans la nuit douleurs vives dans le ventre, vomissemens, constipation, cris, ventre sensible au toucher à l'ombilic; pouls petit, régulier; peau chaude. (Saignée, trois palettes.) Le lendemain, elle est mieux; mais les accidens, seulement éloignés, reparaissent. (Saignée, trois palettes, trente sangsues, bain de siége, diète.) Les vomissemens reparaissent. Le 5, constipation, pouls petit, filiforme. (Lavement d'huile de ricin j ℥.) Point de selle. Le 7, apparaissent des vomissemens de matières fécales, douleurs extrêmement vives dans le ventre, surtout vers l'ombilic et la fosse iliaque droite, où il y a du ballonnement. Les accidens cessent pendant quelques jours, la constipation persiste; mais ils recommencent le 12, et la douleur est si vive, qu'elle tente de se jeter par la croisée. Elle pousse des cris le jour et la nuit; pouls petit, misérable; face grippée. La douleur se concentre dans le bassin. Mort le 13.

Autopsie, quarante heures après la mort. Les intestins sont ballonnés; le grand épiploon adhère dans la fosse iliaque, au détroit supérieur du bassin, et forme une bandelette aplatie qui adhère au mésentère vers son milieu, de sorte qu'il y a une arcade au-dessous de laquelle passe trois circonvolutions de l'intestin grêle. La première est légèrement déprimée par la bandelette; mais derrière elle s'en trouvent deux autres, de sorte que la plus profonde, formée par l'iléon, est

aplatie, rétrécie vis-à-vis la bride épiploïque, et il eût suffi de couper la bride en travers pour faire cesser cette compression médiate. Au-dessus de l'étranglement, l'intestin était distendu par les gaz; au-dessous, il était aplati et un peu rétréci. L'intestin, au point comprimé, était un peu livide, non gangréné; au-dessous il était très-injecté. Le péritoine était rouge, pointillé; il y avait des commencemens de fausse membrane jaune, molle, et dans le petit bassin un liquide jaune mêlé de flocons purulens. Le péritoine était très-friable; il y avait d'anciennes adhérences, des tubercules ulcérés au sommet des poumons.

§ II.

Résultats anatomiques des observations que j'ai consultées.

Pour calculer et apprécier les chances qu'offrait la *gastrotomie*, il a fallu tenir un compte exact et rigoureux des altérations rencontrées chez ceux qui ont succombé aux accidens de l'étranglement. Ces altérations ont dû nécessairement varier suivant l'ancienneté de la maladie, son degré et l'état ordinaire de santé.

Dans le péritoine, on a trouvé tous les degrés d'altération, depuis la simple coloration rosée jusqu'aux adhérences les plus solides; depuis une péritonite bornée et n'occupant qu'un point limité, circonscrit, jusqu'à celle de toute la membrane séreuse. Quelquefois on trouve à la surface de l'intestin une légère exsudation molle, jaunâtre, déposée par gouttelettes ou par petites bandes qui suivent les circonvolutions intestinales qu'elles unissent entre elles. La plus légère traction suffit pour la rompre, et au-dessous ordinairement la surface péritonéale de l'intestin est rosée, pointillée. Il y a aussi un peu de sérosité dans l'abdomen limpide et transparente, ou bien contenant quelques flocons albumineux en suspension. D'autres fois il y a de larges adhérences qui circonscrivent entre elles des espaces qui contiennent souvent du liquide, et celui-ci peut-être trouble et plus ou moins purulent; dans ce cas la péritonite est plus avancée. Enfin on trouve

des adhérences anciennes soit sur le point où l'étranglement n'a pas lieu, soit sur celui où il a été produit; adhérences qui ont formé des espaces vides, des arcades, des anneaux où l'intestin s'est engagé pendant un effort. Ces brides, dues le plus souvent à une ancienne péritonite, sont quelquefois le résultat de la déchirure de l'épiploon. La direction qu'elles suivent dans le ventre peut varier à l'infini; les unes sont placées en travers, d'autres sont longitudinales, beaucoup ont une direction plus ou moins oblique entre ces deux lignes et qui n'est jamais constamment la même. Quelques-unes se fixent à deux points de l'intestin; d'autres vont de celui-ci au mésentère ou bien à la paroi antérieure abdominale, et alors à l'autopsie on éprouve de la difficulté à la séparer de la masse intestinale. Une d'elles partait du fond d'un sac herniaire ancien du côté gauche, et venait se rendre obliquement au mésentère près l'appendice, ou bien elle part d'un point du mésentère, passe au-dessus de l'intestin pour aller se fixer à un point opposé. Elles sont tantôt aplaties et plus ou moins larges; ou bien, larges en partant de l'épiploon, elles se roulent en s'éloignant, ou sont rondes comme des cordes ou de petites ficelles. Leur étendue ne varie pas moins, depuis quatre lignes jusqu'à six, huit pouces, on voit tous les degrés intermédiaires. Deux fois, la bride faisait un double tour autour de l'intestin sans y adhérer; deux fois seulement il y avait deux étranglemens à sept ou huit pouces de distance. Ces brides sont récentes, minces, faciles à détruire, ou bien anciennes, dures, fibreuses, comme nacrées; et comme des vaisseaux y sont parfois contenues, elles peuvent être rouges, enflammées, rarement unies à l'intestin, qu'elles ne serrent jamais d'une manière solide. Une seule a été trouvée brune, et s'est rompue facilement; elle était comme gangrénée.

A l'autopsie, les intestins, ordinairement ballonnés au-dessus de l'étranglement, s'échappent par l'incision faite à l'abdomen. Au-dessous de l'étranglement l'intestin est affaissé sur lui-même; et s'il y a long-temps que le cours des matières est intercepté, son volume est déjà diminué. Dans une hernie, *Ritsch* a vu l'intestin adhérer de lui-

même à sa surface interne, les muqueuses étant détruites au point serré par un collet. Cela pourrait se rencontrer ici; l'intestin plié sur lui-même peut avoir contracté des adhérences, et son canal ne reprend plus son calibre après que l'obstacle est levé; le cours des matières reste alors intercepté. Au point étranglé, il est ordinairement rouge, livide ou noirâtre, resserré, comme s'il eût été lié avec une corde. Quelquefois il y a des ulcérations, la muqueuse s'enlève, l'intestin est plus cassant, grisâtre, et l'anse comprise dans la bride qui la serre peut être rouge foncé, livide et même noire, comme celle comprimée par le collet d'un sac; et à un degré plus avancé, il y a déjà de la gangrène, il se rompt, se déchire facilement, ou bien ses tuniques s'enlèvent, se détachent, en répandant l'odeur si caractéristique. Enfin une perforation peut s'établir, et l'escharre et les matières passeront dans le ventre au moment où elle se détachera; alors la masse intestinale offre une teinte noire foncée, les replis du péritoine adhèrent entr'eux, et contiennent dans leur intervalle de petits abcès : on trouve dans le ventre une grande quantité de liquide, surtout dans le bassin, d'une couleur brune noirâtre d'une fétidité repoussante.

D'autres fois c'est un appendice épiploïque ou le cœcal, ou bien un diverticulum qui, libres naturellement, ont adhéré par un de leurs points au mésentère ou à l'intestin. On les a vus deux fois tourner autour d'une anse intestinale, et l'extrémité libre passant sous le point adhérent former ainsi un nœud, et la serrer, l'étrangler. Quelquefois c'est l'épiploon qui est déchiré, le mésentère qui est perforé, ou bien un organe creux qui s'est rompu; et si c'est depuis long-temps, les bords de l'ouverture en sont durs, anciens et comme fibreux.

§ III.

Causes des étranglemens internes de l'intestin.

D'après ces altérations, j'ai fait deux tableaux : l'un, des régions, où on voit le plus souvent les étranglemens de l'intestin; l'autre, des

causes qui les produisent. J'ai cru pouvoir ranger les causes dans cinq chefs différens, qui font autant d'espèces. Quelques auteurs en ont admis un plus grand nombre. M. *Dupnytren*, par exemple, en admet quinze (*Sabatier*, Méd. opérat.) ; mais toutes peuvent rentrer, ce me semble, dans l'une des cinq espèces que je vais indiquer.

PREMIÈRE ESPÈCE.

Étranglement interne de l'intestin produit par des brides épiploïques et celluleuses.

Il en existe un grand nombre d'observations. Voyez : *Myeudus*, Transact. philosoph., n°. 476. — Bonet, Sepulcret. anatom. — *Arnault*, Traité des hernies. — *Duvignan*, *Lafaye*, *Maille*, *Lapeyronie*, Mémoir. de l'Académ. chir., t. 1, édit. 1819. — *Raisin*, Thèse, Paris, 1808. — *Rostan*, Observations citées par M. *Jobert*, Malad. chirurgic. de l'intestin. — *Esquirol*, Fait communiqué à l'Académie de Médecine de Paris. — *Mannoury*, Thèse, Paris, 1819, en cite trois faits. — *Lebidois*, *Louis*, *Gendron*, Archives générales de Médecine, t. 14, 13. — *Jobert*, Malad. chirur. de l'intest. — *Bonnet*, deux Observat. rapportées plus haut. — Dans le Journal la Lancette, n°s. 23, janv. et 9 fév. 1830. — *Baudelocque*, Traité des Accouch., édit. 1789. — *Renoult*, Journ. de Médec., t. 17. — *Gartshore*, Médic. observ., t. 14. — *Scarpa*, Traité des Hernies, édit. 1823, p. 138.

Ce tableau montre, contradictoirement à l'assertion d'*Hevin*, que les brides sont certainement les causes les plus fréquentes de l'étranglement interne de l'intestin.

DEUXIÈME ESPÈCE.

Étranglement interne produit par des adhérences de l'appendice cœcal.

Voyez : *Marteau* et *Bourgeois*, Journ. de Médec., t. 7. — *A. Monro*, Journal d'Édimbourg, t. 2. — *Lobstein*, cité par *Meyer*, de Strangu-

lationibus intestinorum; Thèse, Strasb. 1776. — *Mortier*, Journal complément. des Sciences médic., t. 2. — *Mannoury*, Thèse 1819. — *Rostan*, *Lallemand*, cités par M. *Jobert*, ouvrage cité. — *Scarpa*, Traité des *H*ernies, pag. 143.

TROISIÈME ESPÈCE.

Étranglement produit par des diverticulum.

Voyez : *Moscati*, Mémoir. acad. de chirur., t. 3. — *Rayer*, Archiv. générales de Médecine, t. 5. — *Regnault*, Bulletin de la Faculté de médecine de Paris. — *Martin*, cité par M. *Monfalcon*, Dictionn. des Scienc. médic.

QUATRIÈME ESPÈCE.

Étranglement à travers l'épiploon, le mésentère, ou un autre organe déchirés.

Voyez : *Arnault*, Traité des Hernies. — *Joyaud*, *Saucerotte*, Mém. de l'Acad. de chirur., t. 4. — *Lobstein*, Leçon orale, cité par *Meyer*. — *Jones*, London medic. and phisical jornal. — *Dehaen*, Ratio medendi. — *Scarpa*, ouvr. cité, pag. 127 et suiv. — *Choppart*, Maladies des voies urinaires.

CINQUIÈME ESPÈCE.

Étranglement de l'intestin dans une cavité non naturelle.

A cette espèce, je rattache les hernies rentrées avec le sac à la suite de l'opération du taxis. — *Fages* (Journal de la Société de Médecine, t. 7) a vu, chez un jeune homme mort à la suite des symptômes de l'étranglement, l'intestin étranglé dans un sac formé par le péritoine sur le psoas du côté droit. Le testicule de ce côté, encore contenu dans le ventre, avait été chassé de sa tunique, et l'intestin s'était en-

gagé dans la déchirure. — *Hernu* (Journal de Médecine, t. 11) a vu, chez un individu mort avec tous les symptômes d'un étranglement interne de l'intestin, l'intestin grêle plié à angle aigu, s'introduire dans un sac placé derrière le pubis entre lui et la vessie, et l'épiploon le comprimer en passant au-dessus de lui pour se rendre dans un sac herniaire du même côté. L'épiploon y était libre, car on le faisait rentrer à volonté et sans peine. Après sa réduction, les symptômes d'étranglement cessaient, et reparaissaient aussitôt qu'il descendait dans le sac.

§ IV.

Régions de l'abdomen où se rencontre le plus ordinairement la cause des étranglemens de l'intestin.

Je n'ai rencontré aucune cause d'étranglement dans la région sus-ombilicale.

Région sous-ombilicale.

A. *Hypochondre et flanc droits, deux observations.* — *Duvignan*, Mém. Acad. chirur., *étranglement produit par une bride.* — *Daviesius, par un pli du colon*, les deux membranes adhéraient entre elles.

B. *Hypochondre et flancs gauches, trois observations.* — *Louis*, Arch. gén. Méd., *par une bride.* — *Idem*, *Raisin*, Thèse, Paris, 1808. — *Bonnet*, voyez plus haut.

Région ombilicale, huit observations.

C. M. *Dupuytren* a constaté par l'autopsie que *Choppart* avait succombé à un étranglement produit par le passage *de l'intestin entre la colonne vertébrale et le mésentère.* (*Sabatier*, Médec. opérat.); *même cause.* — *Saucerotte*, Mém. Acad. chir. — *Joues*, ouvr. cité. — *Dehaen*, ouvr. cité. — *Maille*, Mém. Acad. chir., a vu une bride, partant *d'un côté du mésentère, passer sur l'iléon, et aller se fixer au côté opposé.* — *Jobert*, *Gendron*, *Mannoury*, ouvrages cités.

Région hypogastrique.

D. *Hypogastre, quatre observations.* — *Hernu, étranglement dans un sac derrière le pubis.* — *Louis, étranglement produit par l'adhérence de l'iléon à l'utérus.* — *Rostan, celle de l'ovaire droit et du rectum;* ouvages cités. — *Choppart, étranglement produit par une rupture de la vessie.* — Malad. des voies urin. — *Lobstein, par celle de l'utérus.* — Thèse de *Meyer,* citée.

E. *Fosse iliaque gauche, deux observations.* — *Mannoury,* Thèse citée. *Etranglement produit par une bride partant du fond d'un ancien sac herniaire.* — *Bonnet,* ma première observation.

F. *Fosse iliaque droite, vingt-une observations. Etranglement produit par des brides.* — *Lafaye,* Mém. Acad. chir. — *Mannoury,* Thèse citée. — *Lebidois,* Arch. gén. médec. — *Esquirol,* communiqué à l'Acad. de Médec. de Paris. — *La Lancette,* 23 janv., 9 févr. 1830. — *Scarpa,* ouvr. cité. — *Bonnet,* ma seconde observation. *Etranglement produit par l'appendice cœcal adhérent.* — *Bourgeois* et *Marteau,* Journal de Médecine. — *Mannoury,* Thèse citée. — *A. Monro, Lobstein, Mortier, Scarpa, Rostan, Lallemand :* tous ces ouvrages sont déjà indiqués. — *Fages, étranglement dans une cavité non naturelle,* Journ. de Médec. — *Joyaud, étranglement de l'intestin à travers le mésentère de l'appendice cœcal déchiré;* Mém. acad. chir. — *Rayer, par un diverticulum,* Arch. gén. méd., t. 5. — *Lapeyronnie, étranglement à travers une déchirure de l'épiploon,* Mém. acad. chir.

On voit par ces indications que la nature de cet essai ne m'a pas permis de développer que *les étranglemens dans la fosse iliaque droite dépassent de beaucoup en nombre même ceux de toutes les autres régions réunies.* Ces données me paraissent très-importantes et utiles à connaître pour ceux qui se décideront à pratiquer la gastrotomie.

§ V.

Phénomènes présentés par les individus atteints d'étranglement interne de l'intestin.

Pour faire avec fidélité le tableau de cette cruelle maladie, il faudrait prendre et étudier séparément chacun des traits qui le composent; mais les bornes d'une simple dissertation, dans lesquelles je dois me renfermer, font que je ne peux en présenter que l'ensemble. Ainsi un individu est tourmenté par des coliques passagères depuis long-temps, il a été autrefois affecté d'un péritonite, il a fait une chute, ou bien tout à coup, à la suite d'une effort, il sent un craquement, un tiraillement dans le ventre; en même temps une douleur vive se manifeste dans la cavité abdominale. Il y porte la main pour soulager sa douleur, loin de là, le plus léger toucher l'augmente, il veut se relever, il ne le peut sans voir ces phènomènes s'accroître, et il est condamné à se tenir courbé en avant. Les douleurs vagues d'abord, se concentrent dans un point du ventre, de là elles s'irradient dans le reste de cette cavité. Le toucher les augmente, d'autres fois on y sent une tuméfaction plus ou moins circonscrite, le ventre se tend, se ballonne d'abord dans le point malade, puis ensuite dans toute la cavité; alors il est sonore à la percution; en se ballonnant, il devient aussi douloureux partout. Le malade vomit des alimens, puis des liquides, des matières à demi-digérées, et plus ou moins promptement des matières fécales, reconnaissables à leur odeur; en même temps il ne va plus à la selle, plus rarement y a-t-il de la diarrhée. Les hoquets, les nausées, les efforts que le malade fait pour vomir, répétés souvent inutiles, augmentent encore la douleur du ventre. Le rejet de quelques quelques matières le soulage quelques instans. La soif, qui le dévore et le presse, l'oblige à remplir son estomac de liquide; de nouvelles nausées le fatiguent jusqu'à ce qu'un nouveau vomissement vienne lui rendre un moment de calme, et ainsi tournant

sans cesse dans ce cercle vicieux, une catastrophe prochaine ne peut que terminer cette scène de douleur. Il s'agite, se tourne dans son lit, la douleur lui rendant toute position insupportable. Après les violentes contractions de tout le corps, les membres sont parfois pris d'un tremblement dont il ne peut être maître. J'ai vu un malade tellement souffrir, qu'il essaya de se précipiter par la croisée : retenu suspendu par un pied, et rapporté dans son lit, ce n'est qu'avec beaucoup de soin que l'on parvint à l'en empêcher, car il y était involontairement poussé au milieu de l'agitation de la douleur. La langue est sèche, le plus souvent de couleur naturelle ; la peau est chaude, et couverte d'une sueur froide au milieu des efforts, ou bien sèche et aride. Le pouls, dans le calme, est parfois remarquable par sa régularité; quelquefois il est petit, intermittent ; la tête est douloureuse, rarement y a-t-il du délire. La face, calme et tranquille pendant le repos, exprime, au moment où une colique vient l'en tirer, la plus profonde douleur, qui lui arrache des cris. La respiration devient plus tard gênée, anxieuse. Il maigrit, le trait nasal se prononce, le plus léger toucher suffit pour le faire saillir. Il éprouve un sentiment de faiblesse, qu'il croit réparer en demandant des alimens au moment où il éprouve quelque relâche. De temps à autre il sommeille, et ce temps de repos peut durer plusieurs heures, un jour, n'être interrompu que par de faibles coliques. Pendant ce temps, il ne vomit plus, mais il reste constipé. Les parens, le malade lui-même, se flattent d'une guérison prochaine : vain espoir, tant que la constipation persistera, que le ventre sera ballonné, le médecin éclairé ne partagera point cette trompeuse sécurité. On a cependant vu des cas où, dans le plus pressant danger, une diarrhée a été le signal d'une prompte convalescence. Combien est rare cette heureuse terminaison ! combien il se montrerait peu expérimenté, le médecin qui, comptant sur elle, abandonnerait son malade à la nature ! Bientôt va reparaître le formidable appareil des symptômes : il doute alors, mais il n'est plus temps ; le malade a succombé.

D'autres affections du ventre peuvent donner lieu à des symptômes

analogues ; ce sont : la *péritonite générale et partielle*, les *calculs biliaires et rénaux*, l'*empoisonnement*, les *imperforations* de l'anus chez les nouveau-nés, la *hernie du diaphragme*, l'*invagination*, les *rétrécissemens* de l'intestin, produits soit par des *tumeurs* développées autour de lui, qui le compriment, soit par l'*épaississement* de ses membranes, et plus tard son oblitération. Examinons chacun de ces cas.

§ VI.

Maladies qui déterminent des symptômes analogues á ceux de l'étranglement interne de l'intestin.

Le premier soin du médecin qui voit un malade qui présente des symptômes analogues à ceux de l'étranglement intestinal, doit être d'explorer la paroi abdominale aux points d'où peuvent s'échapper les organes, pour s'assurer si un intestin pincé dans un de ses points où étranglé par le collet d'un sac n'y donne point lieu. Si une *hernie* est rentrée pendant le taxis avec le sac, le diagnostic ne laissera aucun doute, pas plus que le parti à prendre. La *péritonite* aiguë est plus difficile à reconnaître. Un grand nombre de fois la cause suffira seule pour éclairer le diagnostic. Ainsi que des coups portés sur une large surface du ventre, que le deuxième ou troisième jour qui suivent l'accouchement, qu'à la suite d'une entérite chronique, de la dothinentérie, la péritonite se montre tout à coup, le médecin trouvera dans ces antécédens assez de renseignemens pour éviter l'erreur. Dans une péritonite générale, toute la cavité souffre à la fois, la tension, le ballonnement, sont plus uniformes. Les vomissemens de matières fécales manquent, la plus légère pression, le poids seul de la chemise suffisent pour être douloureux. Le pouls et l'expression de la physionomie n'offre point dans la péritonite ce calme que l'on voit dans l'étranglement après l'agitation. Et si parfois il y a dans la péritonite quelque rémission, elle n'est ni si fréquente ni de si longue durée.

Si la péritonite était toujours générale, la difficulté ne serait pas très-grande, mais en est-il ainsi quand elle est partielle, locale? Dans cette forme, le ventre n'est douloureux que dans un point limité; le

reste est quelquefois souple et indulent, la tuméfaction plus circonscrite, la face moins altérée, le pouls moins fréquent, la marche moins rapide. Dans l'étranglement, il y a de la constipation, des vomissemens de matières fécales; les symptômes sont survenus brusquement, la douleur s'irradie dans le ventre; dans ce point il y a une tumeur, une tension plus forte; et d'ailleurs dans le début, il est peu important de savoir à laquelle des deux maladies on a affaire, le traitement étant le même. Ce ne sera que quand on voudra opérer, et alors la marche de la maladie aura éclairé sur sa nature.

Mais qu'un *calcul* anguleux, inégal, descende des reins dans la vessie, pendant son acheminement dans l'uretère, il déchire ce canal par ses aspérités. De là des symptômes qui ne sont pas sans analogie avec ceux de l'étranglement. Rarement les calculs rénaux existent-ils seuls; le plus souvent ils ont été précédés par de plus petits qui, rendus en urinant, ont été vus par la malade. Il y a quelquefois du sang dans les urines, des envies fréquentes d'expulser ce liquide, des épreintes en accomplissant cette fonction, une douleur à l'extrémité du méat urinaire, une rétraction du cordon de ce côté, un sentiment de brûlure dans l'uretère de ce côté, que le toucher exaspère, ce qui ne se voit point dans l'étranglement.

Un *calcul* se rend de la vésicule *biliaire* dans le duodénum, et dans ce court trajet donne lieu à des symptômes analogues. Dans ce cas il n'y a pas de constipation; il y a parfois des vomissemens stercoraires, la douleur est fixe, mais le toucher ne l'augmente pas; le reste du ventre est souple, indolent, la peau est teinte en jaune, ainsi que les conjonctives, les féces sont grisâtres, décolorées. Il arrive quelquefois qu'après avoir franchi une longue portion d'intestin, les calculs s'arrêtent dans un point fixe, y séjournent, augmentent de volume, et mettent obstacle au cours des matières. J'en ai lu plusieurs cas. (*Imbert*, Journal de médecine en 1758. Les Archives gén., de médec., t. 2, 12, 14; le Bulletin des science médic., t. 8.) Dans ces cas, les accidens ont marché lentement; on sentait la tumeur au toucher, qui n'augmentait point la douleur; partout le ventre était souple, il y avait consti-

pation, quelquefois vomissemens stercoraires, ictère noir. Dans l'un, le calcul était dans le cœcum, dans l'autre dans l'hypochondre droit, sous les fausses côtes. Des corps étrangers venus du dehors ou bien les matières fécales en s'accumulant et se desséchant, forment des calculs qui agissent comme des corps étrangers, et il est parfois difficile de les reconnaître. Tel est le cas cité par *Lamartinière*, Mém. de l'acad. de chir., t. 4, p. 279.

Dans l'*imperforation* de l'anus, l'examen du nouveau-né lèvera promptement le doute; si les accidens persistent malgré que l'enfant soit bien ouvert comme on dit, il faudra introduire le doigt dans le rectum, pour voir si une cloison placée plus ou moins haut, n'y donne point lieu. M. *Foucade* en a montré un cas dans une des dernières séances de la société anatomique.

Je parlerai peu de la *hernie diaphragmatique*. Elle est le plus souvent due à un arrêt de développement, qui ne permet pas toujours une longue existence. *J.-L. Petit* en cite deux faits curieux. (Œuvres posthumes, t. 2.) Les plaies du diaphragme, qui en raison de ses fonctions ne se cicatrisent que difficilement, peuvent y donner lieu tôt ou tard. Mais cette circonstance et tous les symptômes qui se développeront vers la poitrine, qui ne se montrent pas dans l'étranglement, ne permettront point l'erreur. *Sennert* en donne un exemple remarquable. (Obs. chir., cent. 2, obs. 33.)

Il n'en sera pas ainsi de l'*empoisonnement*. Une danseuse de l'Opéra succomba il y a peu de temps à des accidens extraordinaires. On prononce sourdement dans le public le mot *empoisonnement*; la justice, éveillée, ordonne l'exhumation, qui permet de constater un étranglement par une bride. (Rapport de MM. *Orfila* et *Rostan*.) Il faut donc chercher les différences de ces deux maladies. Ecoutons M. *Orfila* (Médecine légale.) 1°. Dans l'empoisonnement, il n'y a pas de symptômes précurseurs. 2°. L'invasion est subite et peu de temps après l'ingestion du poison; dans l'étranglement elle peut être subite après de grands efforts, de grands mouvemens, et quand elle est lente il n'y a plus d'erreur possible. 3°. Dans l'empoisonnement, vomissemens bileux, muqueux, sanguinolens, bien rarement de matières sterco-

rales. Le contraire se voit dans l'étranglement; il y a plus souvent diarrhée dans l'empoisonnement. Ordinairement constipation rébelle dans l'étranglement, précédée d'une ou deux selles. 4°. La douleur dans l'empoisonnement par les substances corrosives a lieu à l'épigastre; elle part de tout autre point, d'où elle s'irradie dans l'étranglement.

De toutes les maladies qui ont de l'analogie avec l'étranglement, celle qui en offre le plus, et qu'il est le plus difficile de distinguer, est sans contredit l'*invagination*. Voici comment on pourra y parvenir. Dans l'invagination, quand il y a une tumeur dans le point où elle existe, elle peut être plus circonscrite, plus sensible. Les efforts que fait le malade pour aller à la garde-robe font que la paroi abdominale, en s'appliquant sur elle, la font saillir au-dehors. Les vomissemens sont plus rares, et surtout ceux de matières fécales; la diarrhée plus habituelle, et cela doit être; car le canal n'étant pas complètement fermé, le plus ordinairement leur écoulement au-dehors peut encore se faire. Le ventre est moins tendu, la douleur moins vive, la marche moins rapide; car le terme moyen de durée de la maladie, calculé sur un assez grand nombre de faits, a été de 16 jours, et dans les étranglemens, de 5. Parfois une portion de l'intestin invaginé fait saillie au dehors, ou bien, s'arrêtant dans le rectum, on a pu en constater la présence. Une remarque qui n'appartient qu'à l'invagination, c'est que l'on a vu, et j'en ai lu plus de douze cas, la portion invaginée se gangréner et être expulsée au dehors. La marche en étant moins rapide, l'ensemble des symptômes doit être moins effrayant. Du reste, il est des cas où les deux affections ont tant d'identité qu'il est impossible de les distinguer. Heureusement que le traitement en est le même, et que la gastrotomie est aussi applicable à l'invagination; et même il y a plus, c'est que trois fois cette opération a été faite avec succès, et c'était pour des invaginations.

Si une tumeur de quelque nature qu'elle soit, développée dans les organes voisins, vient à comprimer l'intestin, le diagnostic en sera facile, parce que la connaissance que l'on aura pu acquérir antécé-

demment de son existence avant qu'elle produise les symptômes d'étranglement, mettra en garde et préviendra une méprise. Les renseignemens donnés par le malade mettront sur la voie; sa circonscription, si on peut la borner, les symptômes propres aux maladies de l'organe où elle s'est développée, le caractère de la douleur et de la marche de la maladie suivant sa nature, enfin la lenteur de ses progrès comparés à la rapidité de ceux de l'étranglement feront éviter l'erreur.

L'*épaississement*, soit *squirrheux*, soit *de toute autre nature*, des membranes de l'intestin, parvenu au point d'apporter obstacle au cours des matières fécales, peut simuler l'étranglement. De toutes les portions de l'intestin, c'est dans les colons droit et gauche, et surtout dans le rectum, que se voit le plus souvent ce genre d'altération. Bien que la lésion soit constante, on observe une remarquable intermittence dans les symptômes. Après plusieurs mois d'une constipation opiniâtre, pendant lesquels on a vu à plusieurs reprises tous les accidens de l'étranglement, ces symptômes disparaissent, les selles reviennent; ils reparaissent de nouveau, et chaque fois plus graves, jusqu'à ce que le malade succombe. La lenteur de la marche de la maladie, les matières qui passent quelquefois comme effilées, alongées (*Braillet*, M. de l'ac. de chir.), rien de cela ne se voit dans l'étranglement. Une seule fois le malade succomba en 16 jours, mais la concision de l'observation ne permet pas de juger s'il y avait eu des accidens auparavant, et le degré d'altération engage à douter qu'elle se soit développée en si peu de temps (*Lafaye*, M. de l'ac. de ch.). C'est à une maladie de ce genre qu'a succombé Talma.

En résumé, une douleur fixe survenue tout à coup dans un point du ventre, avec craquement, des tiraillemens, s'irradiant de là dans le reste de la cavité, augmentant par le toucher, avec tension d'abord locale et circonscrite, et la sensation à travers la paroi abdominale d'un corps insolite, fixe, constant, apparu avec la douleur; des vomissemens répétés que rien ne peut calmer, et qui sont plus tard de matières fécales, avec constipation opiniâtre, sont des symptômes qui réunis

ne se voient que dans la maladie que je traite. D'autres circonstances peuvent éclairer le diagnostic. S'il a existé autrefois une hernie dont la réduction a été faite, on peut croire que l'étranglement est le résultat d'une ancienne adhérence. Si le malade a eu autrefois une plaie pénétrante de l'abdomen, il y a lieu de croire que les adhérences formées à la suite de cette plaie sont les causes de cette affection; et si c'est dans ce point que se sont montrés les symptômes, on sera bien près de la certitude.

Jusque là on peut bien distinguer ces différentes maladies les unes des autres; mais peut-on savoir à l'avance à laquelle de leurs causes les étranglemens sont dus? Je ne le pense pas, et quelque effort que j'aie pu faire au milieu des observations que j'ai lues, je n'ai pu avoir que des probabilités, même pour certains cas d'invagination. Il est vrai que la solution de cette question n'est pas d'un intérêt tel qu'elle dût faire suspendre l'opération, si on avait des raisons de croire qu'elle dût réussir.

§ VII.

Examen des principaux moyens conseillés contre l'étranglement interne de l'intestin. (Mercure, balles, vomitifs, purgatifs, saignées, gastrotomie; leur valeur.)

Que faire pour soulager le malheureux livré à d'aussi horribles douleurs, dont l'existence, à chaque instant menacée, ne peut plus être qu'un supplice continuel? Si nous nous reportons aux temps anciens, nous trouverons dans la thérapeutique de cette maladie, comme dans celle de tant d'autres, une infinité de moyens accumulés sans choix, et, en dernière analyse, une disette absolue à côté d'immenses richesses. Au milieu d'eux tous, il y en a deux qui ont eu quelques succès : c'est l'emploi du *mercure* métallique et des *balles* faites d'un métal pesant. On les avait préconisés bien avant *A. Paré*, puisque *Dioscoride* et *Pline* en parlent; mais ce premier auteur nous dit, au liv. 16 des Opérations, « que *Marius Sanctus*, homme expéri- « menté dans la chirurgie, et *Maître Jehan* de Saint-Germain, apo-

« thicaire, lui ont dit avoir guéri la passion iliaque, le premier avec « trois livres d'argent vif, le second avec des balles frottées de ce « métal. » Ce moyen a traversé plusieurs siècles pour venir jusqu'à nous, puisque, dans quelques cas, publiés dans ces derniers temps, on l'a donné, et que M. *Ébert* de Breslau a publié deux cas de succès. (Bullet. des sciences médicales, fév. 1830.) Dans le premier cas, il en a donné cinq onces dans trois heures, dans le second, six onces en deux heures. Les malades ont été guéris en huit jours. *Bellucci* a publié des cas de succès avec trois onces de mercure. *Rolland*, médecin à Aix, a traité par neuf onces de mercure un malade ayant les symptômes de volvulus (Arch., tom. 5, 18).

Ces succès ne doivent pas suffire, à mon avis, pour engager à y recourir de nouveau, parce que les observations que l'on en rapporte manquent de trop de conditions pour faire croire que les cas où il a été employé étaient des étranglemens ; elles sont rapportées avec trop de briéveté pour entraîner une conviction profonde. Que la bonne foi et la candeur d'*A. Paré* lui fassent croire et raconter que *Marius Sanctus* et *Maître Jehan*, apothicaire, aient réussi, rien de mieux ; mais, dans l'état actuel de la science, il faut plus qu'un, dit-on, pour persuader. D'ailleurs, une seule considération m'en détournerait : on ne peut acquérir une certitude complète de l'espèce d'étranglement auquel on a affaire. Qu'une bride, que l'appendice cœcal, qu'un diverticulum, etc., en soient la cause, que feront le mercure et les balles, qui n'agissent, au dire de ceux qui les vantent, que par leur propre poids? Rien que du mal ; car si l'inflammation qui existe dans ce point a ramolli les membranes de l'intestin, que fera le poids de trois livres de mercure? Il les déchirera, et les matières s'épancheront dans le ventre. C'est dans les volvulus, dit-on, qu'il a réussi : il n'est pas toujours possible de le distinguer ; et quand bien même on le pourrait, il serait dangereux encore de donner des balles, car il pourrait bien arriver qu'elles s'engageassent dans le canal rétréci que présentent le centre des intestins invaginés, et, qu'en s'y arrêtant, elles fermassent tout passage aux matières qui s'écouleraient

encore par là. Cette opinion est conforme à celle de *Morgagni*, qui en a parlé dans ses Lettres. Méad (*Moneta med.*) dit *que si on se décidait à le donner, il ne faudrait pas tarder, de peur que, la gangrène survenant, le mercure ne passât dans l'abdomen.* On trouve dans les Actes des curieux de la nature bien des cas où il a été infructueux et nuisible.

On conçoit combien, en pareil cas, doivent être nuisibles les secousses violentes imprimées à l'estomac, à tous les intestins et aux parois de l'abdomen par *les vomitifs*. Ces raisons feront que je les proscrirai, malgré que *Praxagore, N. Pison* et quelques autres disent les avoir employés avec succès.

Il n'en est pas tout à fait ainsi des *purgatifs*. Si on veut les donner par la bouche, ce ne sera qu'avec bien des précautions, puisqu'ils peuvent faire vomir; on pourra cependant y avoir recours comme dernière ressource, et on devra les préférer en lavemens.

M. *J. Leroy* a proposé d'établir un courant *galvanique* de la bouche à l'anus, produit par dix, quinze ou vingt couples de deux pouces de diamètre, pour déterminer des contractions plus puissantes sans irriter : ce moyen, qui compte en sa faveur plusieurs expériences faites sur les animaux, n'a point encore été essayé sur l'homme dans ces circonstances. (Archives.)

Je passe sous silence tant d'autres moyens inutiles; car, que n'essaie-t-on pas au milieu de tant de perplexités? Pour arriver au seul traitement utile, le seul rationnel, celui qui pourra seul calmer les douleurs en détruisant l'inflammation, s'il ne peut en vaincre la cause, je veux dire les évacuations sanguines, *les saignées*, surtout les applications locales *de sangsues* sur le ventre, et à plusieurs reprises, plus ou moins souvent répétées suivant les forces du malade, l'état du pouls; les flanelles imprégnées de liquides émolliens, si elles peuvent être supportées; les boissons adoucissantes et en petite quantité, de peur de faire vomir. Les sucs d'orange et de citron serviront à tromper la soif. On pourra, pour calmer la douleur, donner quelques *opiacés*. De cette manière, on procurera du repos, on

bornera l'inflammation qui marche, et si, plus tard, on vient à prendre un parti extrême, tout aura été fait pour mettre les parties dans les conditions les plus favorables à l'opération.

En présence de moyens aussi incertains, et d'un mal dont chaque instant augmente la gravité, le médecin restera-t-il spectateur inactif dans un cas aussi pressant? Je crois qu'il est des cas où on doit tenter la *gastrotomie*. Dans les temps où l'art de guérir était moins éclairé par l'anatomie qu'il ne l'est aujourd'hui, dans le temps où la chirurgie était dans l'enfance, où le chirurgien opérait dans l'obscurité sans guide, sans modèle, la gastrotomie fut proposée et pratiquée avec succès. Aujourd'hui, plus éclairée, la chirurgie laisserait-elle proscrire une opération salutaire dans quelque cas? et condamnerait-elle un malheureux? Que l'on se rappelle que la nature alors est sans moyen; le médecin sans ressource, la mort certaine. Une incision faite par un instrument tranchant, conduit par une main habile, serait-elle plus dangereuse que ces larges plaies pénétrantes faites au hasard par une force aveugle et qui guérissent? L'hystérotomie est-elle donc moins grave? M. *Cayroche* a pratiqué la gastrotomie pour extraire une fourchette de l'estomac; MM. *Carré* et *Maréchal*, pour une tumeur cancéreuse de l'épiploon. (Journal de médecine, tom. 7, 22.) En 1768, *Thibault* l'a pratiquée pour extraire du ventre de la mère un fœtus qui y était passé après une rupture de la matrice. *Lambron* en a fait autant. *Bulh*, en Allemagne, l'a pratiquée pour extraire un fœtus passé depuis deux ans dans le ventre de la mère : elle était sur le point de succomber, et elle a guéri le cinquante-cinquième jour. (Même Journal.) *Louis Franck*, médecin de Marie-Louise, rapporte que *Cecconi* a pratiqué devant lui et le professeur *Rossi*, la gastrotomie chez une femme enceinte de sept mois : l'enfant a vécu quatorze jours, la mère était guérie le quarantième. (*Annali universali di medicina*, 1825.) Avant de passer outre, citons des faits à l'appui de notre opinion. Je passe sous silence celui qu'a rapporté Bonnet (*Sepulc. anat.*), parce qu'on peut le contester; il n'en est pas ainsi des deux suivans.

Une femme de cinquante ans, épuisée par les accidens de la pas-

sion iliaque, n'ayant reçu aucun soulagement des moyens qu'on lui avait administrés par les conseils de *Nuck*, ce praticien soupçonna une intussusception. Il engagea un chirurgien très-habile à faire une ouverture au côté gauche du ventre, à quatre travers de doigts de l'ombilic, en descendant obliquement vers la partie postérieure inférieure pour tirer les intestins, chercher le siége du volvulus. Ce conseil fut suivi. A peine le chirurgien eût-il tiré l'intestin, qu'il rencontra la partie intestinale, qui était la source de tous les symptômes que souffrait la malade; il n'y avait ni inflammation, ni adhérence. Il dégagea les parties après les avoir enduites d'huile, et ayant fait la réduction, il pratiqua la gastroraphie. La malade a survécu vingt ans. Rapporté par *Hévin.* (Mémoir. acad. chirur.)

Voici un fait plus récent, publié par *Fusch*, 1825, dans le *Journal der practischen heilkunde.*

Un jeune homme de vingt-huit ans ressentit tout à coup, en travaillant à faire des fagots, un tiraillement douloureux à la partie supérieure droite de la région ombilicale. Bientôt, la vivacité de la douleur l'obligea de quitter son ouvrage pour revenir chez lui; chaque pas, chaque mouvement était une nouvelle cause de souffrance. Bientôt, coliques atroces de vingt en vingt minutes, vomissemens. Saignée suivie d'un peu de mieux peu soutenu, ventre ni tendu, ni chaud. (*Poud. Dow., pat. antis. dimin. camp. bain.*) Aucune amélioration pendant quatre jours. Le ventre est alors douloureux autour de l'ombilic un peu à droite et en haut; ici on sent une tumeur dure, dont l'étendue n'est pas bien appréciée, paraissant due à la distension inégale de l'intestin. Plus de vomissemens ni selles. (*Saign., sangs., boiss. lax.*) La constipation persiste, les forces diminuent, la douleur augmente, et retrouvant toujours la tumeur au même point, la maladie ne cédant pas, il eut recours à l'opération. Il incisa sur la tumeur; parvenu au péritoine, il le perça; plaça son doigt enduit d'un corps gras dans le ventre, et sur lui porta un bistouri boutonné, et agrandit l'incision; il toucha l'intestin, reconnut une invagination; et ne pouvant trouver le lieu où elle commençait, M. *Fusch* pratiqua une ouverture sur le point du canal où se terminait celle-ci, et parvint à

dégager la portion invaginée. Les plaies de l'intestin et de l'abdomen furent réunies par des sutures, et guérirent promptement. La traduction s'en trouve dans les Archives de médecine.

Jusqu'ici cette opération n'a été pratiquée que pour des invaginations; mais on conçoit bien mieux la possibilité de la réussite dans les cas d'étranglemens par des brides ou des appendices des déchirures de l'épiploon; et *Hévin*, ce détracteur de la gastrotomie, qui dans son mémoire a fait tomber le bistouri des mains de l'opérateur, dit dans un passage : « Il y a une espèce d'étranglement « qui serre le tube intestinal comme une vraie ligature. Ce cas pres- « crirait la gastrotomie vis-à-vis le point sensible; car alors il n'y a « que la section de la bride qui pourrait sauver la vie du malade; « puis il ajoute que c'est la circonstance la plus rare. » Hé bien! mes recherches et mes relevés m'ont appris, au contraire, que c'était là la plus fréquente.

L'opération est arrêtée, et il faut la pratiquer, et la pratiquer sur-le-champ, car à chaque minute de retard, le malade fait un pas vers la tombe, et ajoute une chance de plus contre elle. L'inflammation s'étend, le malade s'affaiblit, et il lui faut encore de la force pour la supporter; et s'il y avait déjà eu de la syncope, il ne serait plus temps.

Où pratiquera-t-on l'incision, quelle direction, quelle longueur lui donner?

Le point où on incisera sera celui où l'on croit qu'existe l'étranglement. Nous avons vu ailleurs que l'on pouvait, dans quelques cas, en connaître le siége.

L'incision sur la ligne blanche permet d'éviter la lésion des artères, et la cicatrice qui la suit est plus uniforme, parce que n'ayant point à diviser des couches de muscles de directions différentes, la rétraction n'est pas inégale, comme dans tout autre point du ventre, mais aussi on s'éloigne du siége de l'étranglement dans un grand

nombre de cas, et il faut nécessairement faire des recherches plus longues, plus pénibles, et toucher un plus grand nombre de points du péritoine, ce qu'il faut toujours éviter. Je n'inciserai donc sur la ligne blanche que quand l'étranglement siégera derrière elle ou près d'elle.

Pour pouvoir déterminer quelle direction on doit donner à l'incision, j'ai cherché quelle était le plus souvent celle des brides, ce qui m'a été difficile à apprécier, ou parce qu'elles en changent parfois en se rendant d'un point à un autre, ou parce qu'entre les directions transverse et longitudinale il y en a un grand nombre d'autres qu'elles peuvent suivre. Cependant c'est de la transverse qu'elles se rapprochent le plus. S'il en était toujours ainsi, nul doute que l'incision dût être faite suivant la longueur de l'abdomen, parce qu'alors on croiserait la direction de la bride, qui serait aussi facile à rencontrer qu'à diviser; mais si la bride est longitudinale, une incision dans ce sens serait désavantageuse, parce que, parallèle à la bride et sur un autre plan, le doigt ou la main qui la cherchent pourraient glisser entre elle et la paroi abdominale, sans la toucher ou la sentir, et si elle est placée en dehors ou en dedans des terminaisons de l'incision et assez loin, les recherches pourraient bien être infructueuses, et, de plus, on divise les muscles dans le sens le plus défavorable à une bonne cicatrisation. Je préférerai inciser un peu obliquement ou légèrement en C; par cette incision, quelle que soit la direction de la bride, quelle que soit la cause de l'étranglement, on pourra toujours la toucher ou la diviser, parce que, se rapprochant davantage du milieu du ventre, on pourra toucher une plus large surface ou l'allonger vers l'un ou l'autre de ses angles, si, trop petite, elle ne permettait pas de découvrir une bride que l'on sentirait un peu plus loin. Par elle, on divisera plus de vaisseaux, et peut-être même le tronc de l'épigastrique, si on s'avance jusqu'au muscle droit, mais on aura tout préparé pour lier les vaisseaux divisés; car cette prévision ne doit point échapper à un chirurgien instruit: par elle, les muscles seront divisés dans la direction de leurs fibres, le grand oblique surtout,

et, de plus, on évitera la lésion du canal inguinal et des organes qu'il renferme.

Comme on doit tenir compte de l'action des corps environnans sur les organes mis à nu, qu'une large plaie est toujours défavorable; mais que, d'un autre côté, il faut agir sans peine et ne point être gêné, je donnerai d'abord à l'incision deux pouces et demi d'étendue, quitte à l'agrandir plus tard si elle était trop étroite. On s'arrête au péritoine, pour laver les lèvres de la plaie et étancher le sang qui en coule, pour prévenir son effusion dans le ventre. Cela fait, on divise cette membrane soigneusement avec le bistouri pointu, et on achève avec le bistouri boutonné conduit sur le doigt huilé L'intestin ballonné se présente dans la plaie : on le fait doucement déprimer et refouler par un aide, dont les doigts sont aussi enduit d'un corps gras, et le chirurgien dirige son doigt vers l'obstacle. Là sa conduite doit varier suivant les cas qui se présentent.

Comme il n'est pas toujours possible de distinguer l'*invagination* de *l'étranglement*, que cette opération lui est aussi applicable, que pour elle on l'a faite trois fois avec succès, disons de suite quelle serait la conduite à tenir si on rencontrait ce cas.

Ou bien il est facile de retirer l'intestin envaginé en tirant doucement en sens contraire, et c'est le cas le plus simple ; ou bien les deux surfaces correspondante adhèrent entre elles, et on ne peut les vaincre; une perforation se forme, et les matières vont épancher. Laissera-t-on le malade dans un état plus fâcheux avec une large plaie de plus? Du temps de *Bonet*, de *Velse*, d'*Hévin* même, il n'y aurait guère eut d'autre parti à prendre ; mais aujourd'hui que, grâce aux beaux travaux de M. le professeur *Dupuytren*, l'anus contre-nature n'est plus une maladie incurable, on ne devrait pas hésiter à y recourir si, l'invagination n'est pas trop étendue, en prenant toute les précautions nécessaires pour en faciliter plus tard la guérison quand on devra placer l'entérotome.

Si, comme on peut y compter, c'est une *bride* que l'on trouve, on tâchera de la saisir entre deux doigts, de manière à s'entir aux battemens s'il n'y aurait pas une artère dans son épaisseur. Dans ce cas, on appliquerait deux ligatures fines, rapprochées, et on inciserait entre elles; et si on n'en sentait pas, l'incision lèverait de suite l'obstacle. Mais voici une autre difficulté : l'intestin, serré trop fort, a contracté adhérence avec lui-même de manière que son calibre est effacé. Ce cas n'a été trouvé que trois fois, que je sache, et encore dans les hernies, jamais dans le cas que je traite; cependant on conçoit que cela peut être, et je dois en parler. (*Ritsch.*, M. de l'ac. de chir., t. 4, p. 244. Alors point de doute, un anus contre-nature sera établi; je le répète cela ne s'est pas encore présenté.

Si c'est une *déchirure* de *l'épiploon* ou du *mésentère* qui étrangle l'intestin, on débridera l'ouverture, toujours avec le bistouri boutonné recouvert de linge, excepté dans une ligne de son tranchant, suivant la longueur de l'épiploon et dans le sens des vaisseaux pour les éviter, et dans une ligne d'étendue, pour ne pas les léser, et on préférera débrider dans deux points, plutôt que de s'exposer à toucher une artériole en pénétrant trop loin. Pour le mésentère, je préférerai débrider en arrière vers son bord adhérent, parce que là il n'y aura point de bronches si nombreuses qu'en avant; il n'y a que le tronc unique de la mésentérique supérieure ou inférieure, et encore qui en est éloigné, et dont on pourrait sentir les battemens. Le débridement fait, on retire sans peine l'intestin de l'ouverture où il s'est engagé.

Si c'est l'*appendice cæcal* ou un *diverticulum* qui a formé l'étranglement, il faut avoir la précaution de les faire rouler légèrement entre les doigts en pressant; parce que, comme dans ces deux cas il y a un canal, les deux parois opposées glisseront l'une sur l'autre : on sera certains alors que l'on ne tient pas une bride ronde, qui, étant pleine, résisterait. Si c'est l'appendice que l'on tient, la lumière de son canal étant étroite, le frottement sera peu étendu : alors on détruira son

adhérence, si elle est peu ancienne; sinon on la divisera, et on placera son extrémité dans la plaie. Si c'est un diverticulum, le léger froissement, beaucoup plus étendu, le distinguera du cas précédent, et le fera confondre avec l'intestin. Mais alors, en faisant glisser le doigt sur sa longueur, on arrivera bientôt, d'un côté, vers l'intestin d'où il naît; de l'autre, on trouvera son point adhérent (je n'ai trouvé que quatre étranglemens de cette espèce), que l'on détruira, si l'hadérence est récente; si elle est trop ancienne, on tâchera de tirer dans la plaie le diverticulum et l'intestin qu'il serre; puis là on divisera le diverticulum, en prenant les précautions nécessaires pour que rien ne s'épanche dans le ventre; on placera le bout divisé dans la plaie. On sent de suite ce que ce cas a d'avantageux. La continuité de l'intestin n'étant pas interrompue, les alimens pourront suivre leurs cours ordinaire, et cette portion divisée, surajoutée au tube digestif, placée dans la plaie et retenue au dehors, ne donnant plus issue à aucune portion d'alimens, s'oblitérera bientôt.

Si après avoir opéré une hernie et levé un ou plusieurs étranglemens, les accidens cessent et reparaissent quelques heures, quelques jours après, ou bien si elle est rentrée en bloc, les accidens continuent, mais à l'intérieur. Alors, dans le premier cas, le chirurgien doit introduire le doigt dans le canal, en toucher tous les points, explorer les parties voisines. S'il trouve une bride, sa division fera cesser les symptômes; voyez le cas de *Volpi* dans *Scarpa*. Hernie, p. 138, éd. de 1823. *Hervin*, déjà cité. *Lapeyronie*. Ac. de *chir.* t. 1^er^, éd. 1819. *Ledran*, *Arnault*, *Lawrence*, M. *Dupuytren*, ont parlé des brides à l'orifice supérieur de l'anneau.

Dans le second cas, on fait tousser, marcher le malade, pour faire ressortir le sac; et si on ne le peut, il faut opérer sans retard. La saillie que fait la hernie dans la direction du canal est un guide certain qui éclaire sur sa position. Le cas sera bien plus grave si la hernie est double (M. *Dupuytren*, Leçons orales.)

Il est facile, sans doute, de donner des préceptes et de lever de cette manière des obstacles, mais à l'opération..... J'ai cru devoir

prévoir tout ce qui pouvait se présenter pour se tenir prêt à l'avance, et savoir quel parti il faudra prendre. D'ailleurs, de semblables complications peuvent se présenter dans une hernie ; et je crois que ce serait la conduite que le chirurgien tiendrait, s'il y avait des adhérences qui circonscrivissent des foyers purulens, l'inflammation étant plus avancée qu'on ne le croyait, comme elles sont récentes et molles, on les détruit sans peine avec le doigt, et on laisse évacuer le fluide, qu'il faut, du reste s'attendre à rencontrer, ce qui est peut-être moins défavorable qu'on ne pense, parce qu'en mouillant l'intestin, il l'empêche d'être irrité par les doigts de l'opérateur. Mais si enfin, car il faut tout prévoir, un opérateur éclairé, guidé par le noble désir de ravir une victime à la mort, ne pouvait parvenir à vaincre l'obstacle et ne le rencontrait pas, l'observation ayant démontré que bien rarement c'est le jéjunum, mais souvent la fin de l'iléon, qui supportait l'étranglement, ne devrait-on pas diviser l'intestin en travers, le plus près possible de l'obstacle, et en placer le bout dans la plaie, comme chez un enfant qui n'a point de rectum, plutôt que de laisser périr un malheureux?

Ayant assisté à la fin misérable des individus qui font le sujet des observations rapportées, les autopsies m'ont montré que l'opération les eût inévitablement soustrait à la mort, surtout le premier, le diagnostic ayant été établi. J'en ai fait le sujet de mes réflexions, espérant pouvoir être utile. J'ai cherché et trouvé des cas favorables à mon opinion ; de plus nombreux la contredisaient, plus encore ne méritaient aucune confiance. J'ai cru voir des circonstances où l'opération eut réussi. Pour être consciencieux, et montrer que si je suis dans l'erreur c'est de bonne foi, j'ai rapporté autant que j'ai pu tous les cas que j'ai lus ; j'indique les sources où j'ai puisé, afin que l'on pût connaître les matériaux qui servent de base à mon opinion, attendant pour en changer que l'on m'eût démontré qu'elle est erronée. Du reste, je ne me dissimule pas quelle est la gravité de la question que je soulève, et qu'elle ne doit guère être résolue que par des praticiens

consommés ; et s'il n'y avait pas au moins quatre-vingts ans qu'*Hévin* a écrit son Mémoire contre la gastrotomie, si depuis, la chirurgie l'anatomie, et l'anatomie pathologique fussent restées stationnaires, je me serai bien gardé de l'agiter ; mais ce ne sera pas en éludant la difficulté que l'on pourra la vaincre ; et la mort au milieu des plus terribles angoisses n'est plus sans elle que l'horrible perspective du malheureux patient.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 7, *aph.* 6.

II.

Dùm pus fit, dolores ac febres accidunt magis quàm confecto. *Sect.* 2, *aph.* 47.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

V.

Qui perituri sunt, difficultate spirandi vexantur, delirant, vigilant, cæteraque signa pessima habent. *Pr.* 127.

VI.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps. *Sect.* 1, *aph.* 1.